

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année Universitaire : 2019-2020

N°...../

THESE

**EVALUATION DE L'UTILISATION DU
PARTOGRAMME AU CENTRE DE SANTÉ
COMMUNAUTAIRE DE YIRIMADIO, EN
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 02/09/2020
Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

Par M^{lle} Sanata Camara

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : **Pr Boubacar TOGO**

Membres : **Dr Mamadou KEITA**

Co-Directeur : **Dr Cheick Abou COULIBALY**

Directeur de thèse : **Pr Hamadoun SANGHO**

Dédicaces

Je dédie ce travail :

. **A mon père** : Oumar Camara

Papa nous y sommes, ce travail est le résultat de vos innombrables prières et sacrifices. Vous nous avez appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la justice, et le respect de soi. Je suis fier de vous et plus que jamais reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour moi. Puisse Allah SWT dans son infinie bonté vous confier la santé et longévité. Amen

. **A ma mère** : Feu Aichata Traoré

Louange à Allah, Lui qui donne et retire !

Maman merci de m'avoir donné la vie. Ce travail que je présente est le vôtre à tout égard. Même si je n'ai pas eu la chance de vous connaître je vous aime du plus profond de mon âme. Je prie Dieu de vous pardonner et de vous accueillir dans son paradis FIRDAOUS.

Ensemble disons merci à Sanata TRAORE grâce à elle je n'ai pas eu à pleurer votre absence.

Remerciements :

. A ma maman : Sanata TRAORE

Maman je suis ce que je suis aujourd'hui grâce à votre affection. Vous avez su m'élever de toutes vos forces avec rigueur, patience et tendresse. Que Dieu vous garde aussi longtemps que possible auprès de nous et qu'il me donne la force nécessaire pour satisfaire votre moindre désir.

. A mon papa : Gaoussou HAIDARA

Vous avez été plus qu'un père pour moi, ce que je suis aujourd'hui je vous la dois en grande partie. Ce travail est un début de récompense de vos nombreux sacrifices. Jamais, je ne saurais vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis. Que Dieu me permette de m'inspirer de vos vertus en témoignage de ma reconnaissance.

. A Salif Lassana MARIKO

Tu es pour moi le symbole de la réussite. Mes études ont plus que jamais été au centre de tes préoccupations et tu n'as ménagé aucun effort pour ma réussite. Les mots ne sauraient traduire ce que je ressens pour toi en ce moment solennel de ma vie. Ce travail est plus le tien que le mien. Merci tout simplement et que l'éternel Dieu te bénisse et te prête une longue vie. Inchallah je te rendrai fier.

. A Ousmane KONE

Tonton votre soutien moral et financier ont été d'un immense service pour moi. Recevez ma profonde gratitude.

. A mes oncles :

Abou TRAORE, Hamidou TRAORE, Kader TRAORE

Merci pour vos soutiens et encouragements. Recevez ici tout mon respect et toute ma reconnaissance.

. A feu Abdoulaye CISSE

Grand père j'aurai souhaité que vous soyez là aujourd'hui pour voir ce travail mais Dieu en a décidé autrement. Je suis sûre que de là ou vous êtes, vous êtes fier de moi. Puisse Allah vous accueille dans son paradis éternel.

. A mes tantes :

Lalla CISSE, Balkissa CISSE, Fanta CISSE, Zeinab CISSE, Amylta CISSE,
Oumou CISSE,

Merci pour vos encouragements, vos soutiens et vos conseils. Ce travail est le vôtre. Recevez ici ma profonde gratitude.

. A mes frères : Kader Fodé DEMBA et Abdoulaye CAMARA

Les mots me manquent pour vous exprimer mon affection. Votre accompagnement ne m'a jamais fait défaut. Ce travail est aussi le vôtre. Courage et union car le chemin de la réussite est dur et laborieux. Puisse Dieu resserrer encore notre lien de fraternité.

. A mes ami (es) et camarades :

Aminata BAH, Mouhon Djenebou KONE, Mohamed CISSE, Modibo DIARRA, Ouleymatou N'diaye, Nansa KANTE.

Nous nous sommes souvent éclatés, pris par la tête, réjouis, énervés mais toujours ensemble. Plus que des co-équipiers, nous sommes devenus des frères. Je vous serai toujours reconnaissante pour tous les moments agréables et moins agréables que nous avons partagés et affronté comme une famille que nous sommes. Dieu vous comble de ses grâces.

. Aux membres de Sanaclan :

Sans partager de lien de sang, nous formons tout de même une famille dont le socle est cette solide amitié qui continue de lier.

Merci pour toute votre considération soyez assurée de ma profonde gratitude.

. A la promotion feu MAHAMADOU TOURE :

Ces années passées ensemble ont été faites de hauts et de bas mais que de bons souvenirs ! Je souhaite pour chacun de nous un avenir brillant dans tous les domaines.

. A tous ceux avec qui j'ai partagé ma vie étudiante en milieu universitaire du point G : Merci pour cette harmonieuse cohabitation et toutes mes excuses si je vous ai offensée. Sachez que je serai nostalgique.

. A tout le personnel du CSCOM de Yirimadio

. A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu et dont j'aurai oublié de mentionner le nom. Le stress qui accompagne ces moments peut me faire oublier de vous citer, mais sachez tous, que vous avez marqué mon existence. Ce travail est aussi le vôtre.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

. A notre maitre et président du jury,

Professeur Boubacar TOGO

- **Professeur titulaire en pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**
- **Pédiatre oncologue**
- **Chef du département de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE**
- **Chef de l'unité d'oncologie pédiatrique**
- **Membre du Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique (GFAOP)**

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Nous nous réjouissons de pouvoir bénéficier de votre immense expérience.

Puisse notre travail être à la hauteur de votre attente.

Veillez accepter l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect distingué.

. A notre Maitre et Membre du jury

Docteur Mamadou KEITA

- **Docteur en Médecine**
- **Gynécologue obstétricien praticien hospitalier au CSRéf de la CVI**

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré votre emploi du temps chargé.

Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait alliés à vos qualités humaines font de vous un maître admiré et admirable.

Puisse Dieu vous prêter heureuse et longue vie.

. A notre Maitre et Codirecteur

Docteur Cheick Abou COULIBALY

- Docteur en Médecine

- Maitre-assistant en épidémiologie FMOS

Cher maître, nous sommes très fiers, à l'honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger ce travail.

Votre abord facile, votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre simplicité et l'esprit de tolérance sont autant de qualités qui vous incarnent et font de vous un formateur exceptionnel.

Cher maitre, puisse ce travail me permettre de vous témoigner toute ma reconnaissance, et mon profond respect.

Qu'Allah vous accorde une longue vie et une bonne santé afin que vous puissiez continuer à contribuer pour la réussite de la médecine au Mali et en Afrique toute entière.

. A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Hamadoun SANGHO

- Professeur Titulaire de Santé Publique à la FMOS ;

- Ex-Directeur général du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) ;

- Chef du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;

- Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Honorable Maître,

Les mots me manquent pour vous remercier des efforts que vous avez déployés pour que ce travail puisse se concrétiser.

Votre modestie, vos qualités scientifiques et pédagogiques, votre rigueur et dynamisme font de vous un maître tant apprécié.

Vous constituez une référence pour la jeunesse de ce pays en quête de repère.

Permettez-moi cher maître de vous adresser l'expression de ma vive reconnaissance et de mon profond respect.

Nous prions le bon dieu qu'il vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.

TABLE DES MATIERES

I- INTRODUCTION

II- OBJECTIFS

III- GENERALITES

IV- METHODOLOGIE

V- RESULTATS

VI- DISCUSSION

VII- CONCLUSION

VIII- RECOMMANDATIONS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

ANNEXE

LISTE DES ABREVIATIONS :

ASACO : Associations de Santé Communautaire

BCF : Bruit du cœur fœtal

BPM : Battement par minute

CPN : Consultation prénatale

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSRéf : Centre de santé de référence

CU : Contraction utérine

DRS : Direction régionale de la santé

DSFC : Division santé familiale et communautaire

DTC : Directeur technique du centre

EDS-M : Enquête démographique et de santé du Mali

IPPF : International family planning perspectives

IST : Infections sexuellement transmissibles.

MASF : Microanalyse du sang fœtal

MEF : Monitoring électro fœtal

OMS : Organisation mondiale de la santé

RCF : Rythme du cœur fœtal

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

SA : Semaine d'aménorrhée

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

SP : Sulfadoxine pyriméthamine

TPI : Traitement préventif intermittent

UNICEF: United Nations International Children and Education Found

USAC : Unité de soins d'accompagnement et conseil

LISTE DES TABLEAUX :

Tableaux I : Répartition selon l'âge des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020

Tableaux II : Répartition selon la parité des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020

Tableaux III : Répartition selon le statut matrimonial des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux IV : Répartition selon le nombre de CPN faits des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux V : Répartition selon le nombre de prises du traitement intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux VI : Répartition selon le nombre de prise du traitement intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableau VII : Répartition selon la survenue d'une pathologie au cours de la grossesse à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux VIII : Répartition selon le moment de remplissage du partogramme des parturientes à la maternité de CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux IX : Répartition selon la fréquence des bruits du cœur fœtal à l'entrée des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux X : Répartition selon la durée du travail des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux XI : Répartition selon le poids du nouveau-né à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux XII : Répartition selon la qualité de remplissage du partogramme à la maternité du CSCOM de Yirimadio

Tableaux XIII : Répartition en fonction du score d'Apgar à la 1ere et à la 5eme minute des nouveaux nés à la maternité du CSCOM de Yirimadio

Tableaux XIV : Relation entre l'âge de la parturiente et le devenir du nouveau-né à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux XV : Relation entre la parité de la parturiente et la qualité de remplissage du partogramme à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux XVI:Relation entre le nombre de CPN et l'issu de la grossesse à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux XVII : Relation entre la prise du TPI à la sulfadoxine et la survenue de pathologie au cours de la grossesse au CSCOM de Yirimadio en 2020.

Tableaux XVIII : Répartition des prestataires en fonction du type de formation reçue sur le partogramme au CSCOM de Yirimadio.

Tableaux XIX : Répartition des prestataires selon la cause d'oubli de remplissage correcte du partogramme au CSCOM de Yirimadio.

Tableaux XX : Répartition des prestataires en fonction des difficultés évoqués pour conduire un travail d'accouchement à la maternité du CSCOM de Yirimadio.

I- INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un évènement traditionnel qui se célèbre dans toutes les traditions du monde. Cependant pour plusieurs familles ce processus de reproduction peut être un évènement sombre, dangereux de par sa morbidité, les séquelles et le décès de la mère, du produit de conception ou des deux.

La grossesse et l'accouchement bien qu'ils soient des événements naturels ; ils constituent le risque de décès le plus élevé chez la femme en âge de procréer. Ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin de réaliser les meilleures conditions possibles pour une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement.

Au cours de l'accouchement la femme peut risquer sa vie en s'exposant à des séquelles graves (fistules vesico-vaginales, prolapsus etc.....)

A partir de ce constat, une initiative mondiale sur la maternité sans risque a été lancée en 1987 à Nairobi et lors du sommet mondial pour les enfants en 1990 à New York, à la conférence internationale sur le développement en 1994 au Caire, et à la 4ème conférence mondiale sur les femmes en 1995 à Pékin [1].

Le but de cette initiative sans risque était d'assurer à toutes les femmes l'accès à :

- une gamme complète de services de haute qualité à des prix abordables en matière de santé sexuelle et reproductive ;
- aux soins maternels et au traitement des urgences obstétricales pour réduire les décès et les séquelles.

Selon l'OMS, sur 500.000 décès maternels enregistrés chaque année dans le Monde, environ 150.000 soit plus de 1/3 concerne l'Afrique [2].

Au Mali, les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) représentent 21,28 % de la population selon la RGPH de 2009 actualisé [3].

Selon l'enquête démographique et de santé du Mali (EDSM-VI en 2018) le taux de mortalité maternelle est de 373 décès pour 100 000 naissances vivantes [4] et le Mali veut atteindre 146 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2023 [5].

Les causes les plus fréquentes de décès maternel dans les pays en développement sont les hémorragies du post-partum et la septicémie mais aussi les accouchements dystociques et la rupture utérine qui peuvent être responsable d'une proportion de décès maternels pouvant aller jusqu'à 70 % en Afrique.

Afin de diminuer les importants taux de mortalité maternelle et périnatale observés dans les pays en développement, l'une des approches développées de la stratégie de la maternité sans risque a été l'introduction dans les maternités, du partogramme proposé par l'OMS, dans le but d'aider le personnel de santé à mieux assurer la surveillance du travail d'accouchement pour détecter précocement les anomalies et agir à temps par des actions appropriées.

Au Mali, l'état a investi des ressources humaines et structurales dans les domaines de la santé surtout celle reproductive. Il y a eu une augmentation de structures et de personnels en nombre et en qualité. L'appréciation de la qualité des soins prend en compte beaucoup de paramètres :

Le niveau intellectuel des parturientes d'une part et l'influence qu'exercent les professionnels de santé sur la qualité de ces soins d'autre part. De nombreuses études menées au Mali, sur le partogramme ont montré son efficacité et son faible coût. C'est ainsi que le Mali comme de nombreux pays en voie de développement, à travers son partogramme national de périnatalité, a adopté le partogramme proposé par l'OMS en l'adaptant à ses réalités/contextes. Le partogramme a montré

son efficacité dans le suivi du travail d'accouchement. BAMBA M [6] trouve une diminution du taux de décès maternel qui est passé de 131 à 106,6 pour 100.000naissances vivantes de 1988 à 1994. Malgré ce progrès, nous constatons que dans l'utilisation de cet outil on rencontre d'énormes difficultés telles que la mauvaise qualité de remplissage; des interruptions et même des abandons. La bonne utilisation du partogramme permet une meilleure prise en charge fœto-maternelle au cours du travail d'accouchement.

A contrario, sa mauvaise utilisation peut entraîner les complications liées à un accouchement dystocique (asphyxie, lésions cérébrales, infections néonatales et même la mort fœtale, fistules vésico-vaginale, hémorragies du post-partum immédiat et même la mort maternelle) qui causent des handicaps dans la vie de ces femmes et de ces enfants pouvant être bien évités avec l'utilisation correcte de cet instrument. Face à cela nous avons jugé nécessaire de mener une étude pour identifier et comprendre ces problèmes.

Pour bien mener cette étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants.

II- OBJECTIFS

2-1. Objectif Général :

Evaluer l'utilisation du partogramme au centre de santé communautaire de Yirimadio en commune VI de Bamako.

2-2. Objectifs Spécifiques :

- Mesurer la fréquence d'utilisation du partogramme ;
- Déterminer la qualité du remplissage du partogramme ;
- Déterminer le pronostic materno-fœtal ;
- Identifier les attitudes des prestataires assurant les accouchements ;

III-GENERALITES

A. Rappels

1. L'accouchement :

L'accouchement est un processus physiologique dans lequel le fœtus et le délivre sont expulsés de la cavité utérine à partir de la 28e SA (semaines d'aménorrhée) selon Robert Merger . L'accouchement à terme survient entre le début de la 37e à la 42e SA selon Robert Merger.

2. Les phases :

- La phase de latence :

Elle va du début du travail jusqu'au moment où la dilatation atteint 3 cm. Si cette phase dure plus de 8 heures et s'il y a moins 2 contractions en l'espace de 10 min, la probabilité s'accroît de voir apparaître des problèmes. Par conséquent, une évaluation critique de la situation s'impose et il faut décider de la conduite à tenir.

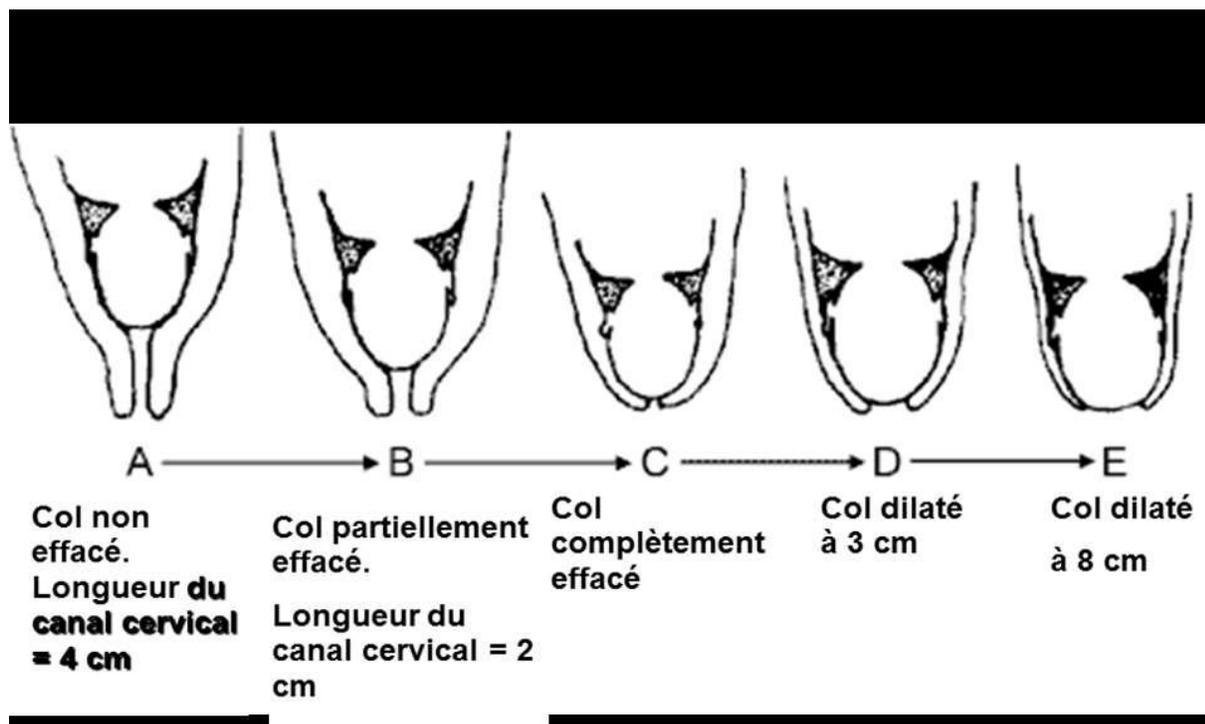


Fig. 1 Modification du col : l'effacement et dilatation selon Robert Merger.

- La phase active :

Lorsque la dilatation atteint 4 cm, le travail entre dans sa phase active. Chez 90 % environ des primigestes, le col se dilate au rythme de 1 cm /heure ou plus vite encore dans la phase active. La ligne d'alerte qui va de 4 à 10 cm représente le rythme de dilatation du col. Si la courbe passe à droite de la ligne d'alerte, cela veut que la dilatation soit lente et le travail est retardé, et la surveillance de plus près s'impose. La ligne d'action est située à 4 heures de la ligne d'alerte. Si la courbe de la dilatation franchit cette ligne, il semble souhaitable de procéder à une évaluation critique de la cause du retard et de décider des mesures à prendre pour le compenser. Ce partogramme est conçu pour pouvoir être utilisé dans tous les services de maternités mais sa fonction diffère selon le niveau de soins. D'autres observations d'une importance essentielle pour la surveillance de la progression du travail sont également enregistrées dans le partogramme. Il importe en particulier de noter la descente de la tête du fœtus dans la cavité pelvienne et la qualité de l'activité utérine. Dans un centre de soins périphérique, l'essentiel est d'avertir le plus tôt possible de l'allongement probable du travail et de la nécessité de transporter la patiente à l'hôpital (en fonction de la ligne d'alerte). Dans le cadre hospitalier, tout déplacement de la courbe à droite de la ligne d'alerte sert à attirer l'attention sur la nécessité d'une vigilance accrue, mais c'est la ligne d'action qui marque le point critique à partir duquel il faut prendre les décisions concernant la conduite de l'accouchement.

3. Physiologie des contractions utérines :

- La contraction utérine : le moteur Les contractions utérines ont 3 effets : Augmentation de la pression intra utérine, appui sur le col par l'intermédiaire de la

poche des eaux et/ou de la présentation fœtale ; effet de traction directe sur le col par l'intermédiaire du segment inférieur et du raccourcissement des fibres utérines. LINGREN (1973) [8] démontre que la dilatation du col ne débutait que si les contractions avaient une intensité supérieure à 30 mm de Hg et si leur fréquence dépassait 11 à 12 par heures. La progression du travail est la meilleure lorsque la fréquence se situe entre 21,3 et 23,5 contractions normales par heure avant la rupture des membranes chez la primipare et entre 20,9 et 22,8 contractions par heure après rupture des membranes.

- Le col : l'obstacle Deux propriétés sont importantes : Son élasticité qui est une élasticité du type « nylon » plutôt qu'une élasticité du type « caoutchouc ».

Le col, après s'être dilaté revient sur lui-même mais sa mémoire, c'est-à-dire le temps de retour à sa dilatation initiale est long. Ceci explique la progression de l'effet dilatateur d'une contraction à l'autre : le col n'a pas le temps de revenir à la dilatation de départ après avoir été sollicité. Cette élasticité est la dépendance des phénomènes de maturation ainsi que de la résistance, plus ou moins grande, que le col oppose au facteur de distension.

- Le mobile fœtal : Il joue, avec la poche des eaux, un rôle important car il appuie directement sur l'orifice interne du col. Ce rôle est encore plus important après rupture des membranes ou seuls les appuis directs de la présentation sur le col provoquent la dilatation. D'où la perturbation de la dilatation en cas de présentation du siège (surtout complet), de présentation postérieure persistante, de face ou de front ou de présentation de l'épaule.

4. Les surveillances :

- Fœtale : Le partogramme permet de surveiller étroitement le fœtus en observant régulièrement les paramètres suivants : Le rythme cardiaque fœtal une auscultation

(stéthoscope de Pinard) toutes les 15 minutes pendant et juste après l'arrivée d'une contraction utérine. Le liquide amniotique la poche des eaux intacte ou rompue. Si la poche est rompue, la qualité du liquide : couleur, consistance, présence de vernis. Si elle est intacte, on peut procéder à une rupture artificielle des membranes si la progression du travail atteint la phase active (4 cm). Sinon il faut faire une amnioscopie chaque fois que l'on suspecte une souffrance fœtale. La présentation estimer, toutes les heures, la variété, le degré de flexion ainsi que l'apparition d'un chevauchement important des os du crâne ou d'une bosse séro-sanguine.

- La surveillance de la mère : L'état général avec la prise de la température, du pouls, de la pression artérielle et l'existence des métrorragies (couleur et volume). L'analyse des contractions utérines : fréquence, intensité, durée, relâchement utérin ; l'appréciation du col : dilatation, mais aussi position, degré d'effacement et consistance. L'analyse des urines (volume et couleur). Rubrique

Thérapeutique : toute administration de drogue per os ou en perfusion est inscrite, datée et signée.

A. Partographe :

1. Définition :

Le partographe est une fiche sur laquelle sont consignés en fonction du temps les paramètres materno-fœtal en vue d'une détection des anomalies du travail d'accouchement.

Selon l'OMS [9] le partogramme est l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus.

2. HISTORIQUE :

2.1. Historique dans le monde :

Dans le monde l'analyse graphique de la progression de l'accouchement s'est apparemment développée à partir des publications de FRIEDMAN en 1954. FRIEDMAN EA [10] souhaitait évaluer la progression du travail par une méthode simple, objective et reproductible. Il a choisi d'étudier les modifications du col utérin chez un grand nombre de femmes aux Etats-Unis d'Amérique. Après cette étude, il a établi le schéma d'une dilatation normale du col (fig1)

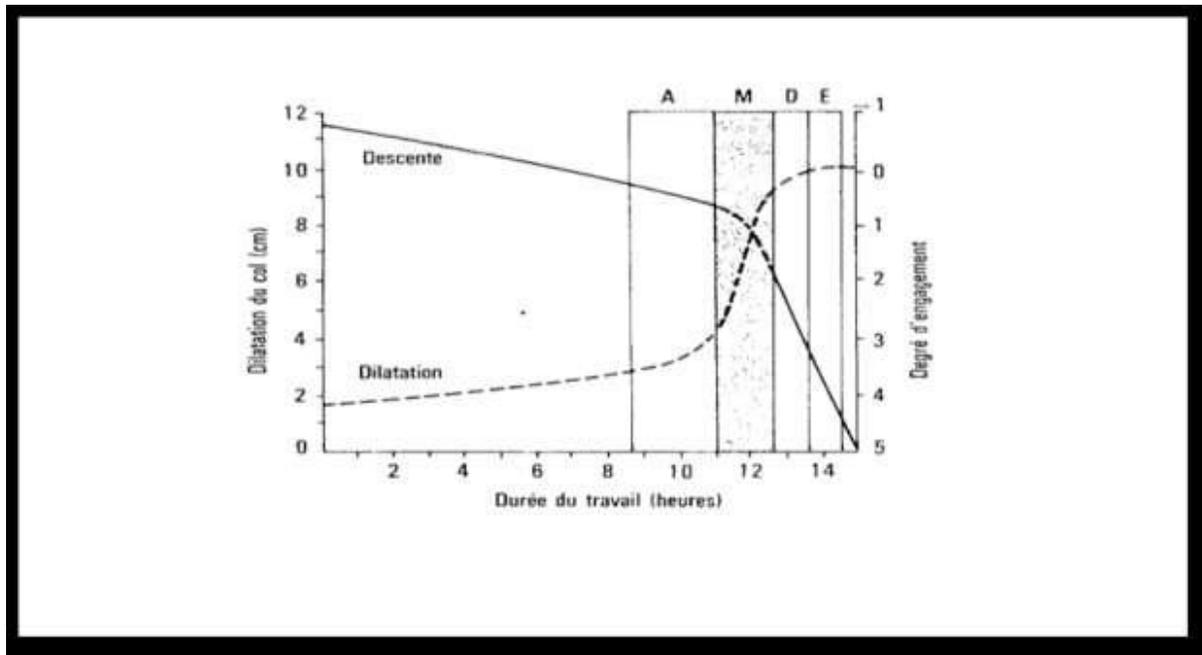


Fig. 2. Les différents temps du travail d'après FRIEDMAN (18).

FRIEDMAN a démontré que le travail se composait de deux phases : la phase de latence et la phase active.

La phase, dite de latence, correspond à l'effacement du col et à sa dilatation jusqu'à 3 centimètres. Elle dure de 8 à 10 heures pour une primipare, et de 5 à 6 heures pour une multipare. Cette phase se poursuit par la phase active, plus rapide, conduisant à la dilatation complète. Elle dure 5 heures \pm 3 heures pour une

primipare et $2 \text{ heures } 30 \pm 1 \text{ h } 30$ pour une multipare. Cette phase active se divise en deux périodes : une phase d'accélération où la vitesse de la dilatation est maximale, et une phase de décélération (ou d'inertie) qui précède la dilatation complète. Ces différentes phases sont objectivées par une courbe d'allure sigmoïde, représentant la dilatation du col (en centimètre) selon la durée du travail (en heures) (fig. 2). Cette courbe, appelée cervicographe, prendra ultérieurement le nom de partogramme

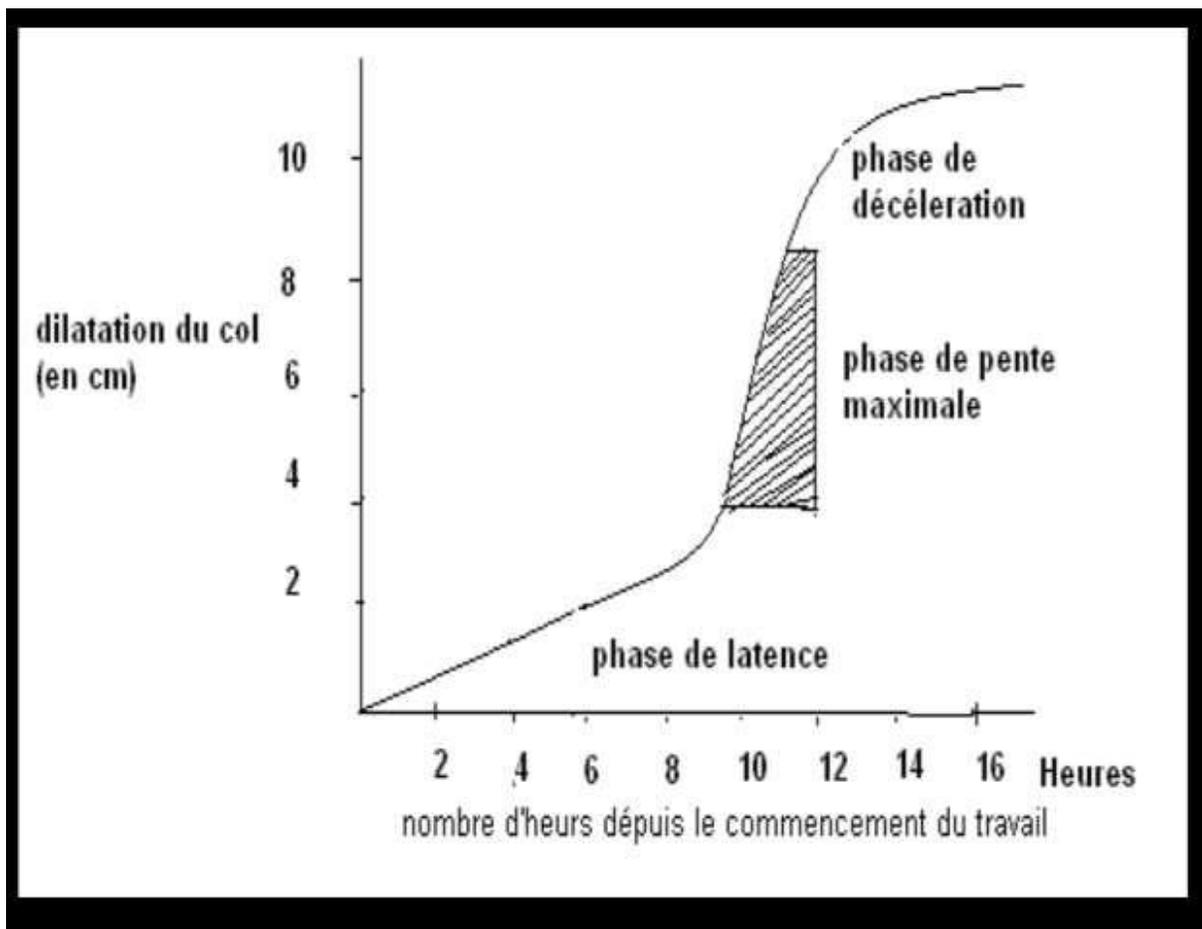


Fig. 3. Courbe de Friedman montrant la phase de pente maximale (18).

Cependant, l'existence de cette phase d'inertie fut ultérieurement contestée par HENDRICKS et al. [11] qui ont apporté des conclusions légèrement différentes. Le ralentissement pourrait être un artefact lié au mode de présentation et en particulier

aux présentations postérieures : si la phase de décélération existe, c'est qu'il y a une anomalie de travail. La dilatation du col commence souvent dans les quatre dernières semaines de la grossesse, augmentant progressivement de 1 cm à plus de 2 cm, trois jours avant le travail. Il y a peu de différence entre la primipare (1,8 cm) et la multipare (2,2 cm). A la dilatation de fin de grossesse succède une dilatation du pré travail, tout à fait au début du travail : 2,5 cm chez la nullipare et 3,5 cm chez la multipare. En effet, HENDRICKS rejoint FRIEDMAN sur l'importance du diagramme de dilatation (partogramme) dans la surveillance du travail. La vitesse de dilatation doit toujours être supérieure à 1 cm / h chez la nullipare et 1,5 cm chez la multipare.

Dans le cas contraire, une correction adaptée à la cause doit être appliquée. LACOMME, en 1960, [12] utilise le terme de diagramme d'accouchement. Il s'agit d'un schéma qui comprend, outre la dilatation cervicale et la progression fœtale dans la cavité pelvienne, des éléments de surveillance materno-fœtale. Le but de ce diagramme est d'enregistrer l'ensemble de modifications observées, lors des examens successifs. PHILOPOTT.[13] en Rhodésie en 1972, cherche à établir des consignes précises de conduite du travail, destinées au personnel peu nombreux et moins qualifié des centres maternels de santé. Son objectif est de dépister précocement les disproportions fœtaux-pelviennes et les inerties utérines, principales causes de mortalité dans les pays du tiers monde. Ces anomalies du travail sont mises en évidence sur le partogramme, par l'intermédiaire de deux lignes croisant la ligne de dilatation cervicale. Une première d'alerte a pour but de signaler aux professionnels les anomalies du travail. La deuxième ligne, dite ligne d'action, parallèle à la première mais décalée de 4 heures sur le partogramme, impose une intervention immédiate (fig. 3)

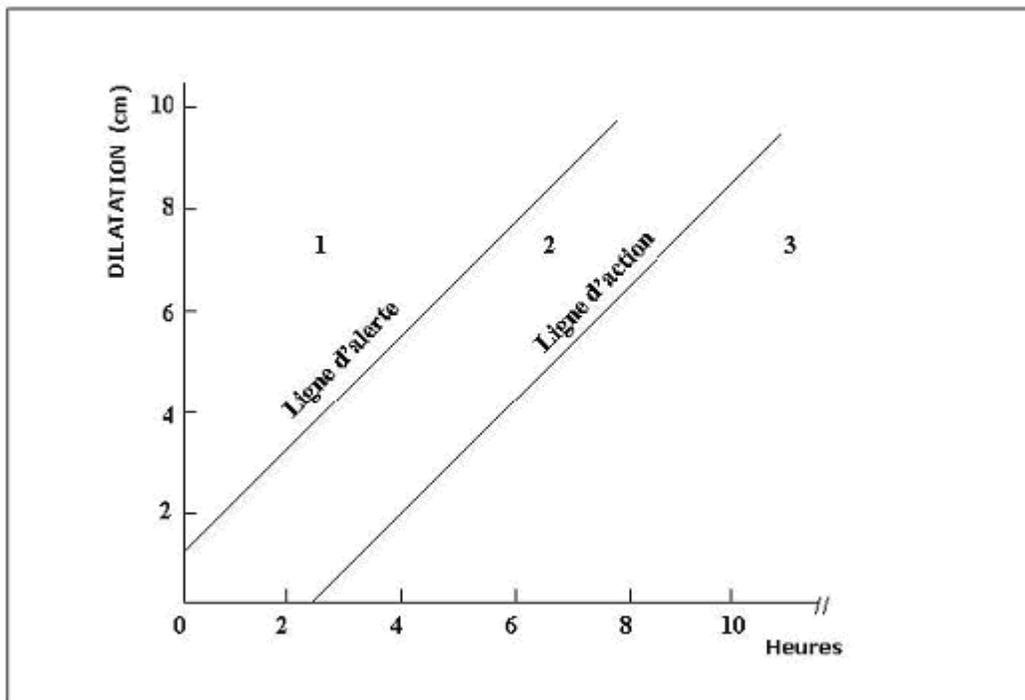


Fig.4. partogramme à deux lignes pour la primipare (19).

Ces travaux de PhilloPott, ont largement inspiré l'OMS pour mettre en place son programme de santé maternelle. Ce modèle de partogramme est aujourd'hui très répandu dans les pays du tiers monde. O'Driscoll,[14] à Dublin en 1975, propose un partogramme dont l'unique ligne d'alerte se superpose à la dilatation de référence de 1 cm par heure (sans tenir compte de la phase de latence).

3. Partogramme modifié de l'OMS :

a. Principe : Mis en œuvre dans les pays développés, il est promu par l'OMS à la suite d'un séminaire de l'Unité de Santé Maternelle et Infantile tenu à Genève du 06 au 08 avril 1988. Le modèle de l'OMS a été établi par un groupe de travail formel qui a examiné la plupart des travaux publiés sur le partogramme et sur leur conception. Il correspond par certains côtés à un compromis synthétisé et simplifié

qui empreinte à plusieurs partogrammes ce qu'ils ont de meilleur [15]. Il est fondé sur plusieurs principes.

b. Les éléments de surveillance du fœtus : Le rythme cardiaque (à l'auscultation), l'aspect du liquide amniotique (à l'inspection), l'absence ou non de déformation crânienne (au toucher vaginal). c. les éléments de surveillance de la mère :

Le pouls maternel, la tension artérielle (TA), La température (à surveiller toutes les heures si la parturiente présente une hyperthermie. Par contre quelle que soit la température initiale, celle-ci doit être reprise toutes les 4 heures), l'albumine dans les urines, le comportement.

d. Remplissage du partogramme :

BCF : écouter et marquer à chaque examen après une CU. Ne pas oublier de palper le pouls radial au même moment que l'auscultation des BCF

LA : marquer l'état de la poche des eaux et la couleur du LA à chaque touché vaginale.

I : membranes intactes

C : LA clair

M : LA méconial

S : LA sanguinolent

F : LA fétide

RAM : rupture artificiel des membranes

RSM : rupture spontanée des membranes

Modelage de la tête :

1=os du crâne apposé

2=chevauchement réductible des os

3=chevauchement irréductible des os

Contractions utérines : appréciées toutes les 30 minutes ; palper le nombre de CU en 10 minutes et mesurer leur durée en secondes :

Inférieure à 20 secondes = 

Entre 20 et 40 secondes = 


Plus de 40 secondes =

Ocytocine : En cas de perfusion d'ocytocine, marquer la quantité du produit par volume de perfusion en gouttes par minutes toutes les 30 minutes.

Pouls : compter le pouls toutes les 30 minutes et marquer par un point (.)

TA : prendre toutes les 4 heures et marquer par une flèche.

Température : la prendre toutes les 2 heures et marquer

Protéinurie, Acétonurie, Glycosurie et volume des urines : marquer à chaque émission d'urines.

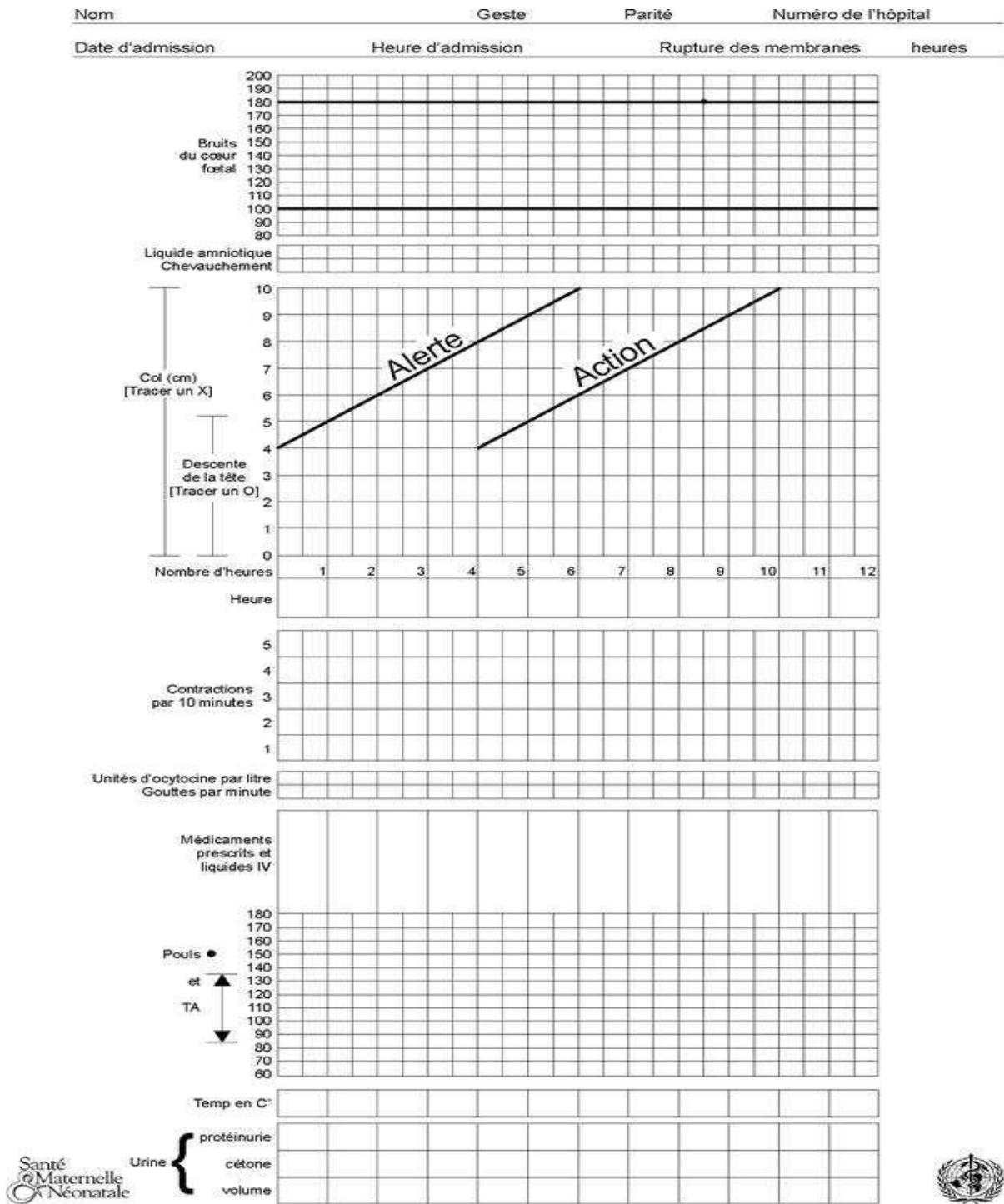


Fig.5.PARTOGRAMME DE L'OMS : e. Règles d'OR :

Avant de commencer le partogramme, vérifier qu'il n'y a aucune complication de la grossesse et/ou du travail nécessitant une intervention immédiate. Le tracé de la

dilatation commence quand la parturiente est en phase active du travail (dilatation égale ou supérieure à 4cm). En phase active la dilatation progresse d'au moins 1 cm par heure. La 1ère croix de la dilatation doit être portée sur la ligne d'alerte, noter ensuite l'heure et les autres paramètres sur la même verticale ou dans la case juste à droite. Lorsque les croix de la dilatation sont sur la ligne d'alerte ou à gauche de celle-ci : la dilatation progresse normalement. Lorsque les croix de la dilatation sont dans la zone 2, attention vous devez réévaluer votre parturiente (les 3 « p »), danger à l'horizon. Lorsque les croix sont sur la ligne d'action ou dans la zone 3, le danger est là, une action doit être prise en urgence. La dilatation du col est importante mais n'est pas le seul élément du partogramme, tenez compte des autres paramètres et menez une action dès qu'il y a une anomalie. La dilatation stationnaire est le reflet d'une anomalie que l'on doit rechercher et prendre en charge. Ce n'est pas une cause mais une conséquence, l'évaluation des « 3 P » permet de trouver la cause.

LES « 3P » Dans le mécanisme de l'accouchement vont intervenir :

- Un mobile représenté par le fœtus : le passager
- Une force motrice représentée par les contractions utérines : la puissance contractile
- Des obstacles à franchir représentés par le col utérin et le bassin : le passage.

Le mécanisme de l'accouchement ne sera possible que si:

- Le mobile est normal en forme et en volume et s'adapte au canal pelvien
- La contraction utérine est efficace
- Le col se laisse dilater
- Le canal pelvien est de forme et de dimensions normales

4. PARTOGRAMME DU MALI :

a. Historique du partogramme au Mali :

Au Mali, les premières études sur le partogramme ont été réalisées à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du Point G en 1986. En 1991, la direction régionale de la santé de Bamako à travers la division santé familiale et communautaire a élaboré un formulaire d'accouchement. Pendant plusieurs années, un effort de standardisation de la prise en charge de l'accouchement fut mis en route à Bamako. C'est ainsi qu'une fiche d'accouchement avec partogramme mis au point à la maternité du quartier Mali en collaboration avec université de Rochester (New York, Etat Unis) fut introduite dans les maternités de 1er échelon de Bamako. En 1994, le gouvernement du Mali à travers la DSF-C a élaboré un programme national de périnatalité dont l'objectif était de réduire de moitié les taux élevés de mortalité' maternelle et infantile. L'une des approches de ce programme a été l'introduction du partogramme comme moyen de prévention des anomalies du travail. Ces retards d'évacuation avaient de multiples causes parmi lesquelles de longs délais de décision liés à l'imperfection du partogramme, une révision des outils de travail s'imposait donc.

b. Principes :

□ Durée :

- phase de latence : du début du travail (0 cm) à 3cm, sa durée maximum est de 8heures.

- Phase active : de 4cm à 10cm, sa durée maximum est de 6heures.

- Phase expulsive : de 10cm à l'expulsion, sa durée maximum est de 45mm. Le travail d'accouchement normal ne doit pas atteindre 14 heures.

□ Évolution de la dynamique utérine : Le graphique de la dilation du col en fonction du temps peut se situer dans 3 zones délimitées par 2 lignes :

-la zone d'évolution normale : zone située à gauche de la ligne d'alerte

-la zone d'alerte : zone située entre la ligne d'alerte et la ligne d'action, elle donne un délai d'une à 3 heures pour la prise de décision en fonction du niveau de la structure sanitaire après avoir fait le point de la situation.

La zone d'action : zone située à droite de la ligne d'action, une dynamique située dans cette zone impose une action immédiate.

-la ligne d'alerte : ligne allant de 4cm à 10 cm à un rythme qui devra être au moins d'1 cm par heure.

-ligne d'action : parallèle à la ligne d'alerte et distante de 4 heures.

c. Remplissage :

Renseignements généraux sur la parturiente

□ Le partographe regroupe les éléments indispensables à la surveillance d'une parturiente

□ Les éléments de surveillance du fœtus.

□ Les éléments de surveillance de la dynamique du travail de l'accouchement.

□ Les éléments de surveillance de la mère.

□ Ces éléments doivent être répétés pendant le travail.

□ Les éléments de surveillance du fœtus. Le rythme cardiaque (à l'auscultation) L'aspect du liquide amniotique (à l'inspection) L'absence ou non de déformation crânienne au toucher vaginal.

BCF : Ecouter et marquer à chaque examen après une CU. Ne pas oublier de palper le pouls radial au même moment que l'auscultation des BCF.

LA : Marquer l'état de la poche des eaux et la couleur du LA à chaque TV.

*I= membranes intactes

*c= LA clair

*M= LA méconial

*S= LA sanguinolent

*RAM : rupture artificiel des membranes

*RSM : rupture spontanée des membranes

Les éléments de surveillance de la dynamique du travail de l'accouchement :

- Dilatation col (au TV)
- Descente de la présentation (au TV)
- Contractions utérines (à la palpation utérine)

Dilatation du col :

Évaluer à chaque TV et marquer par une croix.

En phase de latence le niveau de la dilatation est noté à l'intersection de la ligne verticale de l'horaire et la ligne de dilatation correspondante. Lorsque l'admission au centre de santé a lieu pendant la phase active la dilatation à l'admission est immédiatement notée sur la ligne d'alerte.

Dilatation du col :

Lorsque le travail passe de la phase de latence à la phase active, l'enregistrement de la dilatation est immédiatement transféré sur la ligne d'alerte à l'intersection avec la ligne correspondant à la dilatation dans la phase active.

A dilatation complète, les efforts expulsifs sont notés, l'heure de début et durée des efforts expulsifs.

- L'heure sera toujours marquée à gauche de la dilatation.
- L'engagement apprécie la descente.

Médicaments administrés :

*ocytocine : en cas de perfusion d'ocytocine, marquer la quantité du produit par volume de perfusion. Préciser la quantité en gouttes par minutes (fiche de perfusion). Marquer tout autre médicament administré.

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE IMMEDIATEMENT (LA MINUTE QUI SUIT) APRES L'ACCOUCHEMENT

NOM DE L'AGENT															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/ Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				38° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec brags apnoeolée				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration de la peau				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Réanimation				Non								Oui			
Mise au sein				Immédiatement								Difficultés pour téter			
Traitement/Soins															

N = Nouveau-né

Nb : Enregistrer les valeurs des différents paramètres et apprécier en cochant devant chaque paramètre dans les zones (normale, alerte et référence/évacuation)

SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE PENDANT LES 6 PREMIERES HEURES APRES L'ACCOUCHEMENT

NOM DE L'AGENT															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/ Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Poids				Plus de 2500gr				Moins de 2500gr				Moins de 2000gr			
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				38° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec brags apnoeolée				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Multilatération				Non								Oui			
Allaitement												Difficultés pour téter			
Traitement/Soins															
Taïn															
Prémitté Crâvien															

SURVEILLANCE DE LA MERE APRES L'ACCOUCHEMENT

Temps après accouchement	1 heure						2 heures		
	Paramètres	Normale	Alerte	Référence	Normale	Alerte	Référence		
Saignement		Normal	Faible	Important	Normal	Faible	Important		
Globe de sécurité		Oui	Utérus mou	Non	Oui	Utérus mou	Non		
Poids		moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140		
TA		moins de 14/9	14/9	> 14/9	moins de 14/9	14/9	>14/9		
Température		37°5	38°	plus de 38°	37°5	38°	plus de 38°		
Taïnement									

RESULTATS DE LA MERE		Resultats N 1	MP	Resultats N 2	MP	Resultats N 3	MP
Vivante	<input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/>
Référée	<input type="checkbox"/>	Référée	<input type="checkbox"/>	Référée	<input type="checkbox"/>	Référée	<input type="checkbox"/>
Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20	
Heure: h min		Heure: h min		Heure: h min		Heure: h min	
Cause:		Cause:		Cause:		Cause:	
Décédée	<input type="checkbox"/>	Décédée	<input type="checkbox"/>	Décédée	<input type="checkbox"/>	Décédée	<input type="checkbox"/>
Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20	
Heure: h min		Heure: h min		Heure: h min		Heure: h min	
Cause:		Cause:		Cause:		Cause:	

Administration de la Vitamine A à la mère Oui Non

5. DIFFERENCE ENTRE LES DEUX PARTOGRAMMES (celui préconisé par l’OMS et celui utilisé au Mali) :

Le partogramme que nous utilisons est beaucoup plus simple d’utilisation que celui préconisé par l’OMS. Il contient également plus de renseignements sur la parturiente, le fœtus et le nouveau-né que le partogramme de l’OMS n’en contient.

□ Plus simple d’utilisation :

- Bruit du cœur fœtal : Pour le contrôle du rythme cardiaque fœtal, notre partogramme présente une seule ligne de carreaux où l’on peut mettre tous les chiffres.

Le partogramme de l’OMS, par contre, a huit lignes de carreaux où on ne peut mettre que les BCF allant de 100 à 180 bat/min.

- Toucher vaginal : Le partogramme de l’OMS préconise un toucher chaque heure dans la phase de latence. Le nôtre prévoit un toucher vaginal toutes les deux heures dans la phase de latence.

- Rythme des contractions utérines et Tension Artérielle :

La partie réservée aux contractions utérines est constituée de cinq lignes de carreaux dans le partogramme de l’OMS, alors que le nôtre ne prévoit qu’une seule ligne de carreaux où on peut mettre tous les chiffres. La partie réservée à la tension artérielle est composée dans le partogramme de l’OMS de douze lignes de carreaux et d’une ligne de carreaux dans le nôtre. Dans le partogramme de l’OMS, il n’y a pas de place prévue pour tous les chiffres tensionnels.

□ Plus riche en renseignement Nous pouvons recueillir, dans notre partogramme des renseignements sur la provenance des parturientes (région, cercle, ou

commune). Cela n'existe pas dans le partogramme de l'OMS ; il y a là tout juste le numéro de l'hôpital.

- Les risques à l'entrée de la parturiente : Il n'existe pas dans le partogramme de l'OMS de chapitre réservé à cet effet. Il est à noter que dans d'autres chapitres importants, manquent dans le partogramme préconisé par l'OMS (chapitre du suivi des nouveaux nés, la mère dans les premières heures après l'accouchement et celui de la délivrance).

IV- METHODOLOGIE

4-1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans la maternité du centre de santé communautaire de Yirimadio

4.1.1. Présentation sommaire de Yirimadio :

Le quartier de Yirimadio est situé à l'extrémité Est de la commune VI du district de Bamako, il est l'un des dix (10) quartiers de ladite commune.

4.1.2. Historique :

Dans l'histoire, Yirimadio existe depuis le temps de Maridié Niaré (premier chef de village de Bamako).

Les fondateurs sont venus de Mouroudhja dans le cercle de Nara : ce sont les Diarra du Village. Il y a trois (03) familles qui composent Yirimadio, la chefferie est tenue par les Diarra. Plus tard ce fut la cohabitation avec les Traoré puis les Coulibaly.

De sa création à nos jours une dizaine de chefs de village se sont succédé dont le premier fut Demba Diarra. Après lui, ce fut le tour de Dosson Diarra, Samory Diarra, Namissa Diarra, Saado Diarra, Siriman Diarra, Noumery Diarra décédé en Mai 1986, Néguéssé Diarra qui est décédé après 9 mois en Décembre 1986, Lassana Dotié Diarra de 1987 à 2006, Youba Diarra de 2006 à 2012, et de N'TO Diarra de 2014 à nos jours.

4.1.2. Situation Géographique :

Avec une superficie de 350 hectares, Yirimadio est limité : A l'Est par le village de Niamana ; Au Nord par Missabougou ; Au Sud par le village de Sirakoro Méguetana ; A l'Ouest par Banankabougou Faladié

-Relief : Yirimadio est situé dans une cuvette entourée par un chaînon de colline : au Nord Koulouba ; au Sud Doubakoulou ; à l'Ouest Famakoulouni et à l'Est Niamakoulou.

-Hydrographie : Le village est traversé par un ravin qui draine les eaux hivernales au fleuve Niger.

-Climat : Le climat est de type soudanais caractérisé par une saison de pluie (Juin-Septembre) et une saison sèche (Octobre- Mai).

4.1.4. Caractéristique démographique :

La population était de 71170 habitants en 2019, est composée de plusieurs ethnies (Bambara, Peulhs, Sonrhäi, Dogon, Sarakolé, Senoufo, Mienka, Bobo).

4.1.5. Activités économiques :

Les activités menées par cette population sont, l'agriculture, l'élevage, le commerce et l'artisanat.

4.1.6. Religion :

Les religions pratiquées sont, l'Islam (avec 71 Mosquées) le Christianisme (Eglises) et l'Animisme

4.1.7. Education :

Yirimadio abrite plusieurs établissements d'enseignement primaire, secondaire, professionnel et l'Institut National de la Jeunesse et des Sport(INJS) au Stade du 26 Mars.

4.1.8. Partenaires au développement :

- G I E : Il y a deux groupements d'intérêt économique (Faso Damé et Sininyèsigui) qui s'occupent de la salubrité et du transport des déchets biomédicaux.

- ONG:World Vision ; ONG Muso

4.1.9. Infrastructures Sanitaires :

Hôpital du Mali

Centres de santé communautaires

Il y a deux CSCOM : ASACROYIR ; ASACOCY

Centres de santé privés :

Il y en a dix principaux à Yirimadio.

4.1.10. Genèse :

Le CSCOM de l'ASACROYIR a été créé en 1997 par ordonnance n° 383/MATS-DNAT et est inscrit au journal officiel.

Le bureau élu pour un mandat de 3 ans a eu trois renouvellements par assemblée générale. Le dernier renouvellement a été fait en Aout 2016, il se compose de 11 membres qui ont bénéficié de la confiance de la population pour un 3eme mandat. Deux nouveaux membres ont été ajoutés à la commission de surveillance.

Le CSCOM de l'ASACROYIR est l'un des 11 CSCOM de la commune VI. L'aire de santé de l'ASACROYIR est limitée au nord par l'aire de santé de Missabougou, à l'est et au sud par le cercle de Kati, à l'ouest par l'aire de santé de l'ASACOBABA de Banankabougou- Faladié.

4.1.11. La Structure du CSCOM :

Le centre comprend :

-Une unité de médecine composée de :

-Quatre salles de consultations ;

-Quatre salles d'observations (homme et femme) ;

-Deux salles de soins infirmiers ;

-Trois salles de dépôt des médicaments ;

-Un magasin ;

-Quatre toilettes ;

-Un hangar ;

-Une terrasse ;

-Une maternité comprenant :

-Un bureau pour Sage-femme ;

-Deux salles de Consultation Périnatale,

-Une salle d'attente ;

- Une salle de planning familial servant aussi de salle de dépistage du cancer du col de l'utérus ;

- Une salle d'accouchement ;
- Une salle de suite de couche ;
- Une salle de consultation postnatale ;
- Une salle d'échographie ;
- Une salle de réunion ;
- Une salle de garde ;
- Deux toilettes ;

Un hangar : utilisé pour les activités de vaccination, les séances de Communication pour le Changement de Comportement, de promotion nutritionnelle et de formation continue.

Un bloc d'Unité de Récupération d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI) composés :

- Une salle de consultation
- Une salle d'hospitalisation
- Un magasin
- Une terrasse
- Un hangar
- Un laboratoire

Un bloc externe comprenant :

- Un bureau pour le Gestionnaire.
- Un magasin pour le stockage des intrants.

□ Un logement pour le Gardien.

Quatre toilettes externes.

□ Les activités du CSCOM :

□ Le paquet minimum d'activités comprend : Les activités curatives qui couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.

Les activités préventives qui portent sur la consultation prénatale (CPN), le planning familial (PF), la surveillance et la vaccination des enfants ainsi que les femmes en âge de procréer. CCC (Communication pour le Changement de Comportement).

- Le personnel du CSCOM : Il est composé de 36 agents aidés par des médecins de garde et les stagiaires qui assurent le bon fonctionnement du centre.

4.2. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale sur la surveillance du déroulement de l'accouchement et l'utilisation du partogramme au centre de santé communautaire de Yirimadio.

4.3. Période d'étude :

L'étude a concerné les parturientes qui ont été reçues à la maternité du centre de santé communautaire de Yirimadio du 02 mars au 10 avril 2020.

4.4. Population d'étude :

Les femmes ayant accouchés au CSCOM de Yirimadio pendant la période d'étude

4.4.1. Critères d'inclusion :

Toutes les femmes qui ont été admises en travail et qui ont accouché pendant cette période d'étude à la maternité du CSCOM de Yirimadio avec leurs accords préalables

- Tous les nouveau-nés dont le travail de la mère a été suivi par un partogramme à la maternité du CSCOM de Yirimadio.
- Tout prestataire assurant l'accouchement et ayant donné son consentement pour participer à l'étude.

4.4.2. Critères de non inclusion :

- Les femmes qui ont accouché hors de la maternité ;
 - Les femmes qui ont été admises à dilatation complète (10 cm de dilatation cervicale) ;
 - Les femmes non consentantes ;
 - Les femmes qui ont été admises pour un avortement précoce ou tardif.
 - Tout prestataire non consentant ou absent du CSCOM au moment de la collecte des données.

4.5. Echantillonnage :

Il a été question d'un sondage exhaustif visant à recueillir les informations concernant les parturientes et l'état du partogramme rempli par les prestataires ainsi que les perspectives d'accouchement dans le but d'établir les priorités en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

4.6. Collecte des données :

4.6.1. Technique de collecte des données :

La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire, dont une copie a été remplie pour chaque femme. En plus, un questionnaire semi structuré anonyme a été utilisé pour comprendre les attitudes et pratique des prestataires assurant les accouchements à la maternité.

4.6.2. Variables et méthodes d'exploration :

Nous avons pris en compte les :

- Variables concernant le niveau de protection de la grossesse : réalisation de CPN, possession du carnet de suivi, utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, de la sulfadoxinepyriméthamine, et du fer acide folique.

- Variables concernant la qualité de l'utilisation du partogramme : Nom et qualification du prestataire ayant tenu le partogramme, identité de la parturiente (âge, profession, antécédents obstétricaux), motif d'admission, durée du travail, notation des paramètres cliniques maternelles (Taille, tension artérielle, température, hauteur utérine) , fœtale (BCF, couleur du liquide amniotique, type de présentation, engagement) et du nouveau-né (score d'APGAR, taille, poids), respect des périodes d'examen au cours du travail.

- Variables concernant les facteurs de risque chez les parturientes ayant présenté une anomalie au cours du travail : antécédents obstétricaux (parité, gestité, nombre d'enfants décédés, intervalle inter gésique, antécédent de césarienne), taille, etc.

- Variables concernant les facteurs de risque de morbidité et mortalité maternelle et périnatale : mariage consanguin, HTA, paludisme, infection urinaire, Score d'APGAR, HTA, diabète, drépanocytose, durée du travail.

- Variables concernant les priorités en matière de prévention du risque de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale : résultat de l'analyse de la qualité de

surveillance de la grossesse par le personnel et des femmes enceintes, résultat de l'analyse de la qualité de l'utilisation du partogramme, résultat de l'analyse des valeurs intrinsèques, résultat de l'identification des facteurs de risque chez les parturientes ayant présenté une anomalie au cours du travail, résultat de l'analyse des facteurs de risque de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

4.7. Traitement et Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées en utilisant le logiciel SPSS version 22. Le test exact de Fisher a été utilisé pour étudier les relations entre les variables. L'obtention d'une probabilité inférieure à 0,05 a été en faveur de l'existence d'un lien statistiquement significatif entre les variables comparées.

4.8. Considérations éthiques et de déontologie :

- Nous avons obtenu l'autorisation du président de l'ASACO et du DTC du CSCOM pour l'étude.

- Consentement éclairé des patientes :

- Les femmes ont été incluses seulement après l'obtention du consentement éclairé, traduit en langue locale pour une meilleure compréhension du protocole.

Dans les cas où la femme n'était pas en mesure de donner son consentement (travail avancé, problème mental ou non consciente cliniquement) nous avons attendu la fin de l'accouchement dans le premier cas et dans les autres cas, nous avons demandé le consentement de l'accompagnateur.

Le consentement expliquerait le but de l'étude, les risques et bénéfices et aussi la possibilité de retrait volontaire de la participante à tout moment sans porter préjudice à sa prise en charge conformément aux procédures des services de santé de la reproduction élaborées par le ministère de la santé au Mali.

Le refus d'une femme de participer à l'étude n'a entraîné aucune conséquence néfaste lors de sa prise en charge.

-Bénéfice/Compensation au sujet d'étude : La surveillance du travail et de l'accouchement est un moyen de protection de la mère et du nouveau-né. Ainsi, lorsqu'on la dirige correctement, il y aurait une diminution du taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

-Confidentialité : La confidentialité et l'anonymat ont été respectés dans notre étude.

V- RÉSULTATS :

L'étude a concerné 200 femmes parmi 277 ayant accouché à la maternité du CSCOM de Yirimadio du 02 mars au 10 avril 2020 pour lesquelles le partogramme a été utilisé avec une fréquence de 100%. Nous avons enregistré 200 accouchements par voie basse. Concernant les nouveaux nés nous avons enregistré 198 vivants soit 99% ; 1 mort-né frais soit 0,5% ; 1 mort-né macéré soit 0,5%. Il n'y a pas eu de décès maternel au cours de notre étude, ni de fistule vésico-vaginale, par contre nous avons enregistré 1 cas d'hémorragie du post partum immédiat par Atonie utérine. Nous n'avons pas enregistré de cas de refus de participer à l'étude.

5.1. Caractéristiques socio-économique et démographique :

Tableaux I : Répartition selon l'âge des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020

Age parturiente en année	Effectif	Fréquence (%)
<= 19	41	20,5
20 – 35	152	76,0
> 35	7	3,5
Total	200	100,0

La tranche d'âge **20-35** ans était la plus représentée avec **152** cas soit **76,0%**.

Tableaux II : Répartition selon la parité des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020

Parité	Effectif	Fréquence (%)
Primipare	56	28,0
Paucipare	87	43,5
Multipare	43	21,5
Grande multipare	14	7,0
Total	200	100

Les paucipares ont représentés jusqu'à **43,5 %** et les primipares 28%.

Tableaux III : Répartition selon le statut matrimonial des parturientes à la maternité du CSCCOM de Yirimadio en 2020

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Marié	196	98,0
Célibataire	4	2,0
Total	200	100,0

Les femmes mariées ont représenté **196** cas soit **98,0 %**

Tableaux IV : Répartition selon le nombre de CPN fait des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence (%)
Aucun	31	15,5
< 4	108	54,0
>= 4	61	30,5
Total	200	100,0

Les femmes ayant effectués 1 à 3 CPN ont représentés 54% des cas.

Tableaux V : Répartition selon la prise du traitement intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio

Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine (TPI) par la parturiente	Effectif	Fréquence (%)
Oui	152	76,0
Non	48	24,0
Total	200	100,0

Les parturientes avaient fait le traitement intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine dans **76%** des cas

Tableaux VI : Répartition selon le nombre de prise du traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020

Nombre de prise	Effectif	Fréquence (%)
<3	81	53,3
3 – 4	69	45,4
> 4	2	1,3
Total	152	100,0

Les femmes ayant fait le traitement intermittent à la sulfadoxine 1-2 fois ont représenté **53,3%**.

Tableaux VII : Répartition selon la survenue d’une pathologie au cours de la grossesse à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020

Pathologies survenues au cours de la grossesse	Effectif (n=200)	Fréquence (%)
Paludisme	35	17,5
Infection urinaire	5	2,5
HTA	0	0,0
Diabète	0	0,0

Les femmes avaient fait le paludisme dans **17,5%** des cas pendant la grossesse.

5.2. Qualité de remplissage du partogramme :

Tableaux VIII : Répartition selon le moment de remplissage du partogramme des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio

Début de remplissage du partogramme	Effectif	Fréquence (%)
Dès l'admission	154	77,0
En cours d'accouchement	22	11,0
En fin de l'accouchement	24	12,0
Total	200	100,0

Le partogramme avait été rempli à **77 %** des cas dès l'admission de la parturiente.

Tableaux IX : Répartition selon la fréquence des bruits du cœur fœtal à l'entrée des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirimadio

Fréquence BDCF	Effectif	Fréquence (%)
< 120	0	0,0
120 – 160	200	100,0
> 160	0	0,0
Total	200	100,0

Dans **100%** des cas les parturientes avaient un bon score du BCF à l'admission

L'information sur la fréquence des BCF était présente à **98% (196/200)**

Tableaux X : Répartition selon la durée du travail des parturientes à la maternité du CSCOM de Yirirmadio

Durée du travail en heure	Effectif	Fréquence (%)
< 14	191	95,5
≥ 14	0	0,0
Non indiqué	9	4,5
Total	200	100,0

Les parturientes avaient accouché dans une durée < 14 heures dans **95,5%** des cas.

Tableaux XI : Répartition selon le poids du nouveau-né à la maternité du CSCOM de Yirimadio en 2020

Poids du nouveau-né en g	Effectif	Fréquence (%)
< 2 500	17	8,5
2 500 – 4 000	183	91,5
> 4 000	0	0,0
Total	200	100,0

Les nouveaux né ayant un poids compris entre 2500-4000 ont représenté **91,5%** des cas.

Tableaux XII : Répartition selon la complétude de remplissage du partogramme à la maternité du CSCOM de Yirimadio

Qualité du remplissage du partogramme	Effectif	Fréquence (%)
Complet	42	21,0
Imcomplet	158	79,0
Total	200	100,0

Les partogrammes incomplètement rempli ont représentés **79%** des cas.

5.3. Pronostic materno-foetal :

Tableaux XIII : Répartition en fonction du score d'Apgar à la 1^{ère} et à la 5^{ème} minute des nouveaux nés à la maternité du CSCOM de Yirimadio

Apgar du nouveau-né		Effectif (n=200)	Fréquence (%)
1^{ère} minute	0 à 3	0	0,0
	4 à 7	3	1,5
	8 à 10	197	98,5
5^{ème} minute	0 à 3	0	0,0
	4 à 7	0	0,0
	8 à 10	200	100,0

Les nouveaux nés avaient un bon Apgar dans **100%** des cas à la 5^{ème} minute alors qu'ils représentaient **98,5%** à la 1^{ère} minute.

Tableaux XIV : Relation entre l'âge de la parturiente et le devenir du nouveau-né à la maternité du CSCOM de Yirimadio

Age parturiente en année	Devenir de l'enfant		Total (%)
	Vivant	Mort-né	
<= 19	41	0	41 (20,5)
20 – 35	150	2	152 (76,0)
> 35	7	0	7 (3,5)
Total	198 (99)	2 (1)	200 (100)

Test exact de Fisher = 1,271; ddl = 2; **p = 1,000**

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre l'âge de la parturiente et le devenir du nouveau-né.

Tableaux XV : Relation entre la parité et la qualité de remplissage du partogramme au CSCOM de Yirimadio en 2020

Parité	Qualité du remplissage du partogramme		Total (%)
	Correct	Incorrect	
Primipare	15	41	56 (28,0)
Paucipare	26	61	87 (43,5)
Multipare	1	42	43 (21,5)
Grande multipare	0	14	14 (7,0)
Total	42 (21)	158 (79)	200 (100)

Test exact de Fisher = 1,818 ddl = 3; **p = 0,797**

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la parité de la parturiente et la qualité de remplissage du partogramme.

Tableaux XVI : Relation entre le nombre de CPN et l'issue de la grossesse au CSCOM de Yirimadio en 2020

Nombre de CPN	Devenir de l'enfant		Total (%)
	Vivant	Mort-né	
Aucun	31	0	31 (15,5)
< 4	106	2	108 (54,0)
>= 4	61	0	61 (30,5)
Total	198 (99)	2 (1)	200 (100)

Test exact de Fisher = 1,099; ddl = 2; **p = 0,669**

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre l'issue de la grossesse et le nombre de CPN effectué.

Tableaux XVII : Relation entre la prise du TPI à la sulfadoxine et la survenue de pathologie au cours de la grossesse au CSCOM de Yirimadio en 2020

Pathologies survenues au cours de la grossesse	Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine (TPI) par la parturiente		Total (%)	P
	Oui	Non		
Paludisme	12	23	35 (17,5)	$< 10^{-3}$
Infection urinaire	3	2	5 (2,5)	0,595

Il existait une relation statistiquement significative entre la prise de SP et la survenue de paludisme. Plus la parturiente prenait le SP moins elle développait le paludisme

5.4. Attitudes et Pratiques des prestataires :

Nous avons administré un questionnaire à 12 sages-femmes et 2 infirmières obstétriciennes.

Tableaux XVIII : Répartition des prestataires (sage-femme et infirmière obstétricienne) en fonction du type de formation reçu sur le partogramme

Type de formation	Effectif	Fréquence (%)
Atelier de formation en salle	4	40,0
Staff	3	30,0
Formation à la tâche par les aînés	3	30,0
Total	10	100,0

Chacune des sages-femmes et infirmières obstétriciennes ont bénéficié d'au moins une formation sur l'utilité et la bonne manière de remplissage du partogramme.

Tableaux XIX : Répartition des prestataires selon la cause d’oubli de remplissage correct du partogramme au CSCOM de Yirimadio en 2020

Causes	Effectif	Fréquence (%)
Nombre de femme en travail	10	71,4
Négligence	2	14,3
Nombre insuffisant de sage-femme par garde	1	7,1
L’heure d’arrivée de la femme à la maternité (exemple : femme arrivant au-delà minuit)	1	7,1
Total	14	100,0

La cause d’oubli de remplissage correct du partogramme à cause du nombre de femme en travail a représenté 71,4%.

Tableaux XX : Répartition des prestataires en fonction des difficultés évoqués pour conduire un travail d’accouchement

Difficultés majeures	Effectif (n=14)	Fréquence (%)
Bilan non fait	3	21,4
Problèmes électriques	2	14,3
Salle restraint	1	7,1
Non réalisation de la CPN	1	7,1
Accouchement à domicile	1	7,1
Manque de communication	1	7,1
Travail complet	1	7,1
Venue en dilatation complete	1	7,1

La non faisabilité des bilans par les parturientes a été évoqué par les prestataires à 21,4%.

VI. DISCUSSIONS

6.1. Limites de l'étude : Nous avons effectué une étude transversale avec des questions rétrospectives sur l'appréciation de l'utilisation du partographe à la maternité du cscom de yirimadio. Certaines données ont manqué à cause du fait que les partogrammes étaient incomplètement remplis.

6.2. Paramètres étudiés :

□ **Age :** Dans cette étude la majorité des parturientes (76%) avaient une tranche d'âge comprise entre 20 et 35 ans ; avec une moyenne de 27 ans, Cette moyenne est égale à celle trouvée par Arou A.Z [7] au CSRèf de Niono en 2017 et de Samaké. D [16] au CSRéf de la CVI du district de Bamako en 2016 mais supérieure à celle de Sanogo. A [17] qui était de 23 ans au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en 2007.

□ **Parité :** Les parturientes étaient paucipares dans 43,5% des cas, ce taux est supérieur à celui de Arou A.Z [7] qui était (42%) au CSRèf de Niono en 2017 et celui de Samaké. D [16] qui était (37,7%) au CSRéf de la CVI du district de Bamako en 2016 ; mais inférieur à celui de CH. Kome [18] qui était (51,3%) au CSRéf de la CII du district de Bamako en 2015.

□ **La consultation prénatale :** Pour assurer une parfaite protection de la grossesse et éviter les risques de l'accouchement, un accent particulier devrait être mis sur les CPN c'est-à-dire que les femmes doivent faire fréquemment les CPN (au moins quatre fois) mais aussi le personnel sanitaire doit pratiquer une CPN de qualité. Il doit surtout s'appuyer sur les dernières CPN qui sont les occasions pour dépister les facteurs de risque de l'accouchement et permettent ainsi de prendre des mesures appropriées à l'accouchement.

Environ 84,5% des femmes ont fait une consultation prénatale. Ce taux est supérieur à celui de Arou A.Z [7] qui était à (79%) au CSRéf de Niono en 2017 et celui de l'enquête démographique et de santé (EDS V) qui était de 70% à Ségou [19] supérieur à celui de Camara.S [20] qui a trouvé 83% des cas au CSRéf de la CV en 2007, et celui de Bagayogo.Y K [21] qui a trouvé 79,7% des cas au CSRéf de la CVI en 2009.

Les parturientes n'ayant pas effectué de CPN représentaient environ 15,5% des cas. L'information sur le nombre de CPN effectué par les parturientes était présente dans 100%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les prestataires prennent le temps de vérifier le nombre de CPN réalisé par les parturientes vu l'importance du CPN dans la conduite à tenir au cour des travaux d'accouchements.

□ **Bruit du cœur fœtal** : Près de 100% des fœtus avaient un rythme cardiaque compris entre 120 et 160 battements à la minute. Dans l'évaluation classique des bruits cardiaques fœtaux, on évaluait le pouls fœtal à l'aide d'un stéthoscope obstétrical en faisant une moyenne sur 15 ou 30 secondes. Le rythme était normal entre 120 et 160 battements par minute.

□ **La présentation du fœtus** : Près de 100% des fœtus étaient en présentation céphalique. Nous n'avons pas enregistré de cas de présentation du siège au cour de l'étude.

□ **La coloration du liquide amniotique** : Les parturientes ayant présenté un liquide amniotique clair à la rupture de la poche des eaux ont représenté 99,5% de cas. Ce taux est supérieur à celui de Samaké.D [16] qui était 88,6% en 2016 au CSRéf de la CVI du district de Bamako et celle de CH. Kome [18] qui était de 90%.

□ **Le score d'Apgar** : Plus de 99% de nos nouveaux nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 8. Le score d'Apgar inférieur ou égal 7 a représenté 1,5% des cas. Ce taux est inférieur à celui de Arou A.Z [7] qui était (11, 5%) au CSRèf de Niono en 2017, inférieur à celui de Samaké. D [16] qui était (17,3%) au CSRéf de la CVI du district de Bamako en 2016 et de loin inférieur à celui de Dembele.D [22] qui a trouvé 56,6% des cas au CSRèf de la CII en 2002.

□ **La durée du travail** : Plus de 95% de nos parturientes ont fait moins de 14 heures de travail. En relation avec le score d'Apgar, on n'a pas trouvé une relation statistiquement significative entre la durée du travail d'accouchement et le score d'Apgar.

□ **Pronostic néonatal** : Les nouveaux nés au décours de l'utilisation du partographe avaient un état à la naissance généralement satisfaisant. Notre taux de mortalité néonatale est de 1%. Ce taux est inférieur à celui de Arou A.Z [7] qui était à (6,5%) au CSRéf de Niono en 2017, inférieur à celui de Samake D [16] qui était de (12, 7%) au CSRèf de la CVI du district de Bamako en 2016.

Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'APGAR inférieur ou égal à 7 comme défini par DAILLAND et TRAZIER cité par Berthe.Y [23]. Un nouveau-né ayant un score d'APGAR ≥ 8 est dit vigoureux.

□ **Le pronostic maternel** : Aucun décès maternel n'a été enregistré au cours de notre étude comme ce fut le cas lors de celle réalisé par Arou A.Z [7] au CSRèf de Niono en 2017. Certains auteurs comme : Huss et collaborateurs [24] à Nice rapportaient 32,9 pour 100000 naissances vivantes ; par contre d'autres comme BAMBA.M [6] en 1998 au CSRéf de la CV ; et M.K Bohoumou et col. [25] en

Côte d’ivoire en 1998 avaient trouvé respectivement 131 et 224,38 pour 100000 naissances vivantes.

Nous n’avons pas rencontré de cas de fistule vesico-vaginale mais nous avons rencontré quelques cas d’hémorragie du post partum dont les suites ont été simples grâce à la référence/évacuation.

6.3. Utilisation du partogramme : Le partogramme a été utilisé avec une fréquence de 100%. Cette fréquence est égale à celle de Arou A.Z [7] au CSRèf de Niono en 2017 mais élevée que celle trouvée par Sanogo.A [26] lors d’une étude réalisée dans la commune V où seulement 50% des parturientes avaient un partographe et Kone M. [27] qui a rapporté un taux de 48% dans le CSCOM de Garantibougou en 2007. Cette disparité dans l’utilisation du partographe dans nos différents centres pourrait s’expliquer d’une part par la qualification des agents impliqués dans les accouchements et d’autre part par leur effectif qui varie d’une structure à une autre. En effet, dans les centres où le taux d’utilisation du partographe a atteint 100%, nous avons plus de sages-femmes et médecins que d’infirmières obstétriciennes. Notre taux de partographe incomplètement rempli (79%) est inférieur à celui de Arou A.Z [7] qui a trouvé 98 % au CSRèf de Niono en 2017 mais supérieur à celui de Kante.M [28] qui a trouvé 16,85 % pour 712 partogrammes remplis dans les maternités publiques à Bamako en 1999.

6.4. Connaissance et attitudes des prestataires : Pour comprendre les raisons de ce mauvais remplissage, nous avons administré un questionnaire à 12 sages-femmes et 2 infirmières obstétriciennes qui ont évoqué les raisons suivantes :

- Non maitrise du nouveau partographe (OMS)
- Un nombre élevé de parturientes à suivre en même temps
- Un nombre insuffisant de sages-femmes et d’infirmières obstétricienne de garde

□ La simple négligence En effet, même si 100% des sages-femmes et d'infirmières obstétricienne interrogées affirment être formées sur l'utilisation du partographe (dont 40% en atelier) 14,3% oublient de remplir le partographe par négligence. Par rapport aux difficultés liées au remplissage du partographe lors de la conduite du travail d'accouchement, 71,4% évoquent le nombre élevé de parturientes et 7,1% le nombre insuffisance du nombre de sagefemme de garde.

Comme proposition d'amélioration, les prestataires suggèrent :

□ L'introduction de sanctions pour une prise de conscience des sages-femmes et infirmières obstétriciennes.

□ La mise en place de mesures de motivation.

□ La formation des personnels des centres de santé communautaire pour la référence à temps des parturientes.

□ L'augmentation du nombre de sages-femmes et infirmières obstétriciennes par garde.

VII - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII-CONCLUSION

Véritable outil pédagogique, prévisionnel et décisionnel, le partogramme est un outil indispensable pour la détection et la prévention des anomalies du travail d'accouchement, que les acteurs de santé doivent utiliser correctement pour en profiter et faire profiter aux parturientes pour diminuer la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale. Il permet d'assurer la surveillance du travail et l'accouchement.

Le partogramme est d'apprentissage simple et doit pouvoir être utilisé extensivement. Cependant son utilisation reste confrontée à des insuffisances liées au comportement, la capacité des agents, au volume des activités, et la mauvaise organisation.

Néanmoins cet outil médico-légal et actuellement le moins cher pour la surveillance de l'accouchement n'est pas toujours rempli correctement au niveau local, son utilisation n'est pas toujours aisée en périphérie. Il doit être supervisé de manière continue.

L'amélioration de la qualité du remplissage du partogramme gage de l'amélioration du pronostic maternel et foetal, passe par le remplissage à bon escient de cet outil. La sensibilisation, la formation, et le suivi des agents quant à l'intérêt du partogramme peuvent contribuer à sa meilleure utilisation.

VIII. Recommandations :

8.1. Au DTC du CSCOM de Yirimadio:

- Réorganiser la rotation des équipes de garde de la maternité en tenant compte de la charge du travail.
- Assurer la formation continue des prestataires au remplissage correct du partogramme et en gynéco-obstétrique.
- Trouver un système de motivation des prestataires performants comme une possibilité de bourse d'étude ou de stages.
- Faire une mise à niveau des agents des centres de santé communautaire sur les soins au cours des accouchements y compris l'utilisation correcte du partogramme.

8.2. Aux prestataires de la maternité du CSCOM de Yirimadio :

- Etablir un partogramme pour chaque parturiente dès l'admission.
- Remplir correctement et complètement le partogramme.
- Faire une présentation quotidienne des partogrammes au staff du CSCOM.

8.3. A la population de Yirimadio :

- Suivre le calendrier de la consultation prénatale de façon régulière.
- Se rendre au centre de santé le plus proche dès les premiers signes du travail d'accouchement.

RÉFÉRENCES

1. Organisation des Nations Unies

Quatrième conférence mondiale sur les femmes. Pékin 1995.

2. Kassambara M.

Evolution d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain applique à la commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 1989 ; N°179.

3. Cellule de planification et de Statistique.

Plan de formation et de perfectionnement du personnel Socio-sanitaire Bamako (Koulouba) 1995-2000.

4. CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International Cellule de planification et de statistique (CPS/SS-DS-PF), institut national de la statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2018.

Enquête démographique et de santé au Mali 2018.

5. Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille (CPS/SS-DS-PF). Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023 ; 2014.

6. Bamba M.

Etude antenne des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V à propos de 3872 cas. Thèse Médecine Bamako 1998 ; n°52.

7. Arou A.Z.

Evaluation de l'utilisation du partographe au centre de santé de référence de Niono. Thèse Médecine Bamako 2018 ; n°118.

8. Cellule de Planification et de Statistique (CPS) : Ministère de la santé, de la Solidarité et des Personnes âgées. Enquête démographique et de santé – (EDS IV) – Mali -1996. Mortalité maternelle. P 183.

9. Lacomme M.

L'accouchement en pratique quotidienne. Pratique obstétricale. Paris : Masson ; 1960. p. 202-7.

10. Friedman Ea. The graphic analysis of labor. Am J ObstetGynecol 1954 ; 68 : p.1568-75.

11. OMS. Programme Santé Maternelle et Maternité Sans risque. Division de la santé familiale. La prévention des anomalies dans la durée du travail : Guide Pratique FHE/MSM.93.8.

12. Stephane Saint-Leger. Le partogramme : principes et méthodes (en ligne) «<http://documentation.Ledamed.org/IMG/html/doc.10889.html>.

13. Lewin D., Sadoul G., Beuret T. H, et al. « La mesure objective et continue de la dilatation du col ; description et premier résultat » J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod., 1978, 7, 63-71.

14. O'Driscoll K, Meagher D. Duration of labour. In Active management of labour. The Dublin Experience. London:BaillièreTindall; 1986.

15. OMS. Programme Santé Maternelle et Maternité Sans risque. Division de la santé familiale. La prévention des anomalies dans la durée du travail : Guide Pratique FHE/MSM.93.87.

16. Samake. D

Evaluation de l'utilisation du partographe au centre de santé de référence de la CVI de Bamako. Thèse Médecine Bamako 2016- ; n°15.

17. Sanogo A.

Evaluation de la qualité des soins en salle d'accouchement au centre de santé communautaire de Sabalibougou III en commune V du district de Bamako. Thèse Médecine Bamako 2007 ; n°188.

18. Kome Ch

Evaluation de l'utilisation du partographe dans les CSCOMS de la commune II du district de Bamako. Thèse Médecine 2015 ; n°89 .

19. Cellule de Planification et de Statistique (CPS) : Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Enquête démographique et de santé – (EDS V) – Mali – 2012-2013. Mortalité maternelle. p16.

20. Camara S.

Evaluation de l'utilisation du partogramme au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2007, n°235.

21. Bagayoko. Y K

Utilisation du partogramme au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Thèse de Med Bamako 2009, n°251.

22. Dembélé D.

Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le CSREF CII de BKO. Thèse Médecine Bamako .2002 ; n°70.

23. Dao S Z .

Cours CES 2005 ; Bamako ; Mali

24.Huss M, Bongain A, Bertrand M, Hofman P, Grimaud D, Gillet Jt.

Mortalité maternelle à Nice : résultats de type « RAMOS » à partir des registres de décès du Centre Hospitalier Universitaire de Nice 1986-1993.

25. M K Bohoumou et Coll.

Mortalité maternelle à Abidjan ; Thèse de Médecine Abidjan 1998

26. Sanogo A.

Evaluation de la qualité des soins en salle d'accouchement au centre de santé communautaire de Sabalibougou III en commune V du district de Bamako. Thèse Médecine Bamako 2007 ; n°188.

27. Koné M.

Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le CSCOM de Garantiguibougou. Thèse Médecine Bamako 2007, n°188.

28. Kanté M.

Etude clinique et épidémiologie de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques. Thèse de Médecine Bamako 1999.

ANNEXE

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Camara

Prénom : Sanata

Titre de la thèse : Evaluation du partogramme au centre de santé communautaire de Yirimadio, en commune VI du district de Bamako

Ville de soutenance : Bamako

Année universitaire : 2020-2021

Pays de soutenance : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Gynécologie- obstétrique et Santé publique.

Résumé : Nous avons réalisé une étude transversale sur l'évaluation du partogramme au centre de santé communautaire de Yirimadio en commune VI du district de Bamako, s'étendant du 02 Mars au 10 Avril 2020.

Elle a porté sur 200 fiches de partogramme. Le partographe considéré comme complètement rempli a représenté 42%.

Notre taux de mortalité néonatale est de 1% des cas. Aucun décès maternel n'a été signalé au cours de notre étude.

Mots-clés : Accouchement, partographe, partogramme et pronostic fœtomaternel

Summary: We carried out a cross-sectional study on the evaluation of the partograph in the community health center of Yirimadio, from 02-March to 10 April 2020. It covered 200 records of partograph. The partograph

considered completely filled accounted for 42%. Our neonatal mortality rate was 1% of cases. No maternal deaths were reported during our study.

Keywords: Childbirth, Partograph, and Materno-fetal Prognosis

FICHE D'ENQUETE

ANNEXES

Numéro de la fiche :

I. IDENTIFICATION :

A. Agent de sante

Q1 Profil du prestataire ayant tenu le partogramme :

1 : Médecin 2 : Interne 3 : Sage-femme

4° Infirmière

5 : Autre : à préciser.....

Statut : employé , stagiaire, bénévole

B. Parturiente

Q2 Age de la parturiente :ans

Q3 Profession de la Parturiente :

Q4 Adresse :

Q5 Antécédents obstétricaux :

1 : Parité : 2 : Gestité : 3 : Vivant : 4 :

Décédé :

5 : Avorté

6 : IVG :

Q6 Statut matrimonial :

1 : mariée

2 : Célibataire

3 : Divorcée

4 : Veuve

Q7 Si mariée a-t- elle un lien de parenté avec son mari :

1 : Oui

2 : Non

Q8 Si Oui précisé :

Q9 Facteurs de risque notés sur le partogramme :

1 : Antécédent de césarienne

2 : HTA

3 : Diabète

4 : Autre à préciser.....

Q10 Taille : cm

Q11 Hauteur utérine en cm :

Q12 Possession d'un carnet de suivi de la grossesse :

1 : Oui 2 : Non

Q13 Nombre CPN :

Q14 Utilisation de Moustiquaire imprégné d'insecticide par la parturiente :

1 : Oui 2 : Non

Q15 Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine (TPI) par la parturiente :

1 : Oui 2 : Non Si oui nombre de prise.....

Q16 Pathologies survenues au cours de la grossesse

1 : Paludisme 2 : Infection urinaire 3 : HTA 4 : Diabète

5 : Autres Survenue de MAP :

1 : oui 2 : Non

II. ADMISSION

Q17 Mode d'admission :

1 : Venue d'elle-même 2 : Référée

Q18 Si référée, a-t-elle un partogramme

1 : Oui 2 : Non

Q19 Centre référant :.....

Q20 Motif de référence :

1 : Hémorragie au cours du travail 2 : Disproportion foeto-pelvienne

3 : Dilatation stationnaire 4 : souffrance fœtale aiguë

5 : Eclampsie 6 : Syndrome de pré-rupture ou de rupture utérine 7 : Phase expulsive
sup à 45mm 8 : Autres

Q21 Référence :

1 : A la phase de latence 2 : A droite de la ligne d'alerte 3 : Atteinte de la ligne
d'action 4 : A droite de la ligne d'action

Q22 Motif d'admission si venue d'elle-même :

1 : CUD sur grossesse 2 : RPM 3 : Autre

Q23 Début de remplissage du partogramme :

1 : Dès l'admission 2 : En cours 3 : En fin de l'accouchement

Q24 Paramètre fœtaux notés à chaque examen

1 : Oui 2 : Non

Q25 Respect des périodes de l'examen au cours du travail

-Examen fait à la phase de latence :

1 : Toutes les 2 heures 2 : Autre périodicité

-Examen fait à la phase active :

1 : Toutes les heures 2 : Plus d'une heure

Q26 Respect de l'heure de prise de décision :

1 : Précoce : 2 : A temps 3 : Tardive

Q27 Nature de la présentation :

1 : Céphalique 2 : Siège 3 : Transverse

4 : Autres

Q28 Niveau de la présentation

1 : Engagée 2 : Non engagée

Q29 Fréquence des BDCF (bats/mn) :.....

Q30 Couleur du liquide amniotique

1 : Clair 2 : Teinté jaune 3 : Teinté de méconium

Q31 Paramètres maternels notés à chaque examen

1 : Oui 2 : Non :

Q32 Durée du travail en heure:.....

Q33 Accouchée référée

1 : Oui 2 : Non

Q34 Motif de référence

1 : Hémorragie de la délivrance 2 : Déchirure des parties molles 3 : H.T.A (14/9)

5 : Autre à préciser.....

Q35 Issue maternelle

1 : Vivante 2 : D C D

Q36 Cause du décès maternel

1 : Hémorragie de la délivrance 2 : Infection du post-partum 3 : Autres à préciser.....

Q37 Apgar du nouveau-né : à la 1ère minute.....à la 5ème minute.....

Q38 Poids en g :.....

Q 39 Taille du nouveau -né en cm :

Q40 Enfant référé :

1 : Oui 2 : Non

Q41 Raison de la référence :

1 : Prématuré 2 : Hypotrophie 3 : Détresse respiratoire 4 : Autres

Q42 Devenir de l'enfant :

1 : Vivant 2 : Mort-né 3 : Décès néonatal

Q43 Cause du décès :

1 : Souffrance fœtale 2 : Grande prématurité 3 : Infection néonatal

4 : Autres

Q44 Si mort-né

1 : Frais 2 : Macéré

III. IDENTIFICATION :

Q1 PRESTATAIRE :

1 : Médecin 2 : Interne 3 : Sage-femme

4 : Infirmière

5 : Autre : à préciser.....

Q2 STATUT PROFESSIONNEL :

1 : Personnel permanent 2 : bénévole 3 : Interne

4 : stagiaire

Q3 NOMBRE D'ANNEE DE SERVICE :

1 : moins d'un an 2 : 1à5 ans 3 : supérieur à 5 ans

IV. LE PARTOGRAMME :

Q4 DEFINITION DU PARTOGRAMME :

Q5 FORMATION REÇU SUR LE PARTOGRAMME :

1 : Oui 2 : Non

Si oui quel type de formation :

1- Atelier de formation en salle 2- Staff 3- Formation lors d'une supervision

4- Formation à la tâche par les aînés

Q6 But du partogramme :

1 : suivi gynécologique 2 : surveillance du travail d'accouchement 3 : Autre à préciser

Q7 Condition d'utilisation du partogramme :

1 : vers la fin de la grossesse 2 : Dès contact avec la femme en travail

3 : A la fin de l'accouchement

Q8 A quelle dilatation du col utérin ouvrir le partogramme ?

1 : Inférieur à 3 cm 2 : A 4cm 3: Supérieur à 4 cm

Autre :(préciser).....

Q9 : Avez-vous oublié d'ouvrir un partogramme au temps opportun lors de votre dernière garde oui non

Si oui

Q10-Quel était le statut obstétrical de la femme

Primipare

Multipare

Grande multipare

Q11- Quelles sont les facteurs pouvant favoriser l'oubli du remplissage du partogramme

1.Négligence

2. Nombre insuffisant de sage-femme par garde

3. Nombre de femme en travail

4. L'heure d'arrivée de la femme à la maternité (exemple : femme arrivant au-delà minuit)

5. Autre (à préciser)

V-Conditions de travail des prestataires

Q12- Disponibilité du partogramme :

1. Permanent
2. Rupture rares
3. Rupture fréquente
4. Rupture très fréquente

Q13 : Accès au partogramme

1. Facile
2. Assez difficile
3. Très difficile

Q14 -Disponibilité des autres équipements :

Quels matériels est (sont) le plus souvent non disponible(s) dans la salle d'accouchement

1. Tensiomètre
2. Stéthoscope de Pinard
3. Gants
4. Savon
5. Allaises
6. Eau javellisées
7. Autres.....

Q15- Quelles sont les 3 difficultés majeures pour conduire un travail d'accouchement dans cette maternité ?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Q16- Quelle(s) suggestion(s) vous avez pour améliorer l'utilisation du partogramme dans cette maternité ?

.....

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux être connaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. Je le jure.